

# デンタルCT検査依頼票

(診療情報提供書)



デンタルCTオフィス **Matrix**

横浜市中区吉田町72  
サリュートビル 602

TEL:090 - 4537 - 1303

予約日時： 年 月 日 時 分

住所：〒

名称：

電話番号：

歯科医院ID

氏名：

印

FAX番号：

下の太枠内に、必要事項（○やチェックなど）を記入して下さい。記入漏れがある場合、下線部を該当項目と致します。

患者	フリガナ	性別	オプション	
	氏名	男・女	◆ステント	： <u>なし</u> ・あり
			◆ステント返却	：歯科医院・患者様持帰
撮影部位	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	◆SimPlant View	： <u>不要</u> ・要
	8 7 6 5 4 3 2 1	1 2 3 4 5 6 7 8	お支払い方法	
備考			患者様現金支払	代金引換
			銀行振込	その他
フィルム・レポート	撮影 + DICOMデータ + フィルム + レポート		歯科医院宅急便	患者様持帰
	撮影 + DICOMデータ + フィルム		CDを [業者名] へ	
	撮影 + DICOMデータ		リーフレット [ ] 部を同封希望	

読影診断レポート（この欄には何も記入しないで下さい）

※リーフレット同封は1回20部まで

※ 自費診療になること、検査内容によっては3-4万円程かかる場合があることなど、患者様に十分説明して下さい。

※ 初回依頼時は、撮影+DICOMデータ+フィルム+レポート となります。